

令和5年5月30日

県所管域各対象事業所管理者 様

神奈川県福祉子どもみらい局
福祉部障害サービス課長
(公 印 省 略)

令和5年度 第1回 神奈川県指定障害福祉サービス事業者等に対する
指導講習会の実施について (通知)

本県の障がい福祉行政の推進につきましては、日頃から格別の御協力をいただき、厚くお礼申し上げます。

さて、障害福祉サービス等の適正な事業実施に向けて、次のとおり指導講習会を実施しますので、受講対象に該当する事業所におかれましては、御出席くださるようお願いいたします。

1 日 時

令和5年6月14日 (水)

午前の部 9:00~12:00 午後の部 13:30~16:30

- ※ 午前の部、又は午後の部いずれか1回御出席ください。
- ※ 受付は、各回とも開会時間15分前から開始させていただきます。

2 場 所

神奈川県総合医療会館 [別紙1参照]

〒231-0037 横浜市中区富士見町3-1

3 受講対象

- (1) 令和4年度中に実施された指導講習会を受講していない事業所
 - (2) 令和4年度中に新たな管理者を配置した事業所のうち、同年度中に実施された指導講習会を受講していない事業所
 - (3) 令和4年12月~令和5年5月に新規指定を受けた事業所、または同時期に管理者としての実務経験がない職員を管理者に選任した事業所
- ※ いずれも神奈川県から指定を受けている事業所が対象です。横浜市、川崎市、相模原市及び横須賀市等から指定を受けている事業所は対象外です。
 - ※ 定員超過の際は令和4年度以降に新規指定を受けた事業所を優先します。

4 内 容 (予定)

- (1) 神奈川県当事者目線の障害福祉推進条例について
- (2) 意思決定支援について
- (3) 障害児者の虐待防止について
- (4) 身体拘束廃止の取扱いについて
- (5) 障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律及び児童福祉法に基づく実地指導・監査について

- (6) 個別支援計画について
- (7) 情報公表制度について
- (8) 事故報告について
- (9) 業務管理体制について
- (10) 各種届出及び請求事務に係る留意事項について
- (11) サービス管理責任者及び児童発達支援管理責任者研修について
- (12) 労働基準関係法令等について
- (13) 障がい者の苦情相談窓口について

5 申込方法及び説明資料

かながわ電子申請システム [別紙2参照]

- 令和5年6月12日(月)17:00までにかながわ電子申請システムよりお申し込みください(システムの利用方法は別紙2参照)。
- 申込みは、各事業所1名(多機能事業所も1名)でお願いします。
- 当日の説明資料は、ウェブサイト「障害福祉情報サービスかながわ」に開催日の1週間前を目途に掲載の予定ですので、ダウンロード又は印刷の上、当日御持参ください。

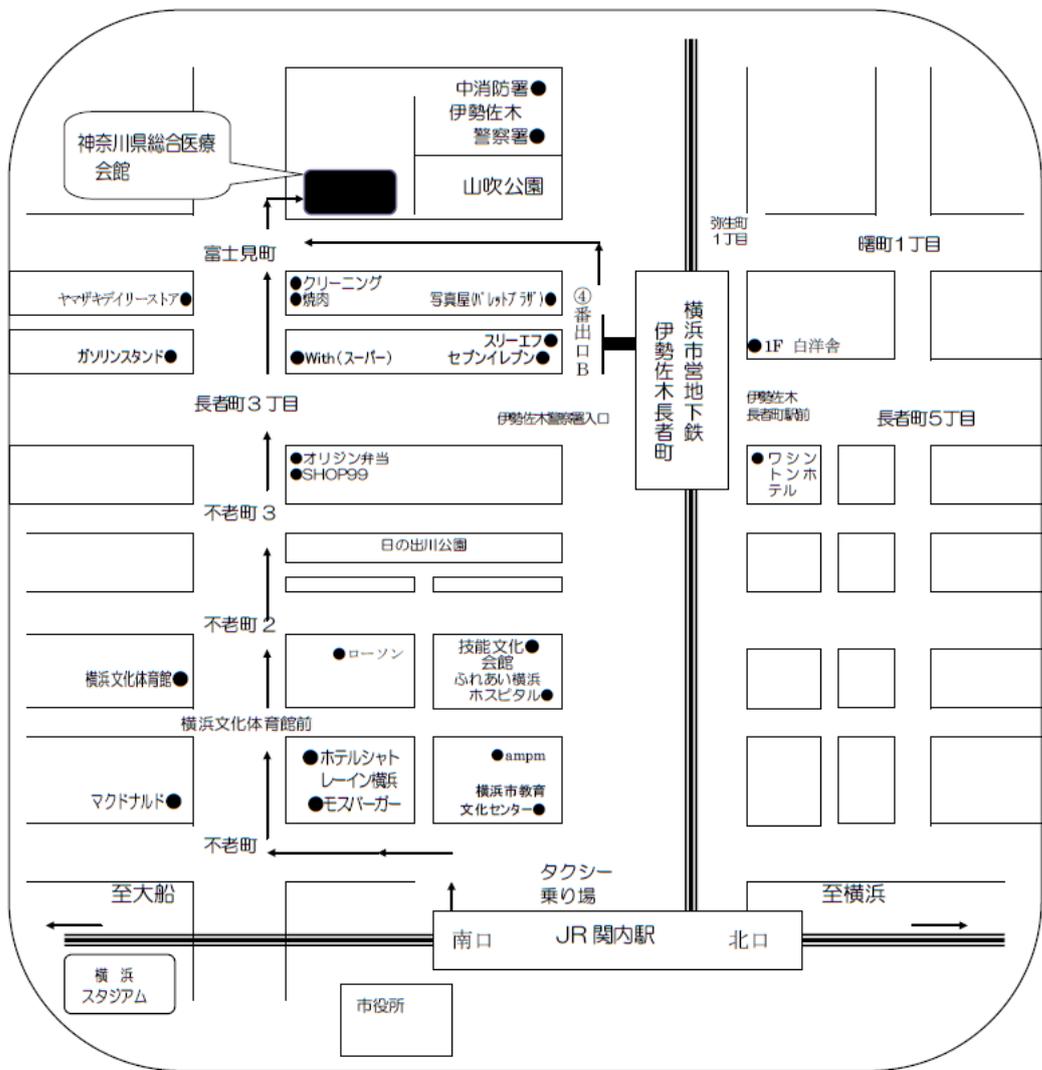
問合せ先

監査グループ 長澤

電話 045-210-4736

ファクシミリ 045-201-2051

神奈川県総合医療会館 【案内図】



【交通】 ◎横浜市営地下鉄ブルーライン伊勢佐木長者町駅 下車 ④番出口右側から徒歩3分
◎JR関内駅下車 南口(改札を出て右側)より徒歩10分

神奈川県総合医療会館

横浜市中区富士見町3-1

TEL 045-252-1301

○ 電子申請システムの利用方法

1 次のいずれかの方法でお申込みください。

(1) パソコンで申込みを行う

URLを入力する。(下記のURLをコピーしてwebブラウザに貼り付ける)

(午前の部参加者用)

https://dshinsei.e-kanagawa.lg.jp/140007-u/offer/offerList_detail?tempSeq=51836

(午後の部参加者用)

https://dshinsei.e-kanagawa.lg.jp/140007-u/offer/offerList_detail?tempSeq=51847

※URLを手入力すると申請ページに移動できないというお問い合わせを多くいただいております。手入力はせずにコピーして貼り付けをお願いします。

(2) スマートフォンでQRコードを利用して、申込みを行う

スマートフォン用
(午前の部参加者用)



スマートフォン用
(午後の部参加者用)



2 手続きに関する説明や利用規約を確認の上、「確認する」をクリックしてください。 ※申請者IDは、登録せずにお申し込みいただけます。

3 画面の指示に従って必要事項を入力し、内容確認後、申込みしてください。

(注意) 内容確認画面では、まだ申込みは完了していません。

ページ下部の「完了する」をクリックしてください。これで終了です。

事業所・施設名 <small>(必須)</small>	〇〇事業所
サービス種別 <small>(必須)</small>	生活介護
申込時間帯 <small>(必須)</small>	2月21日(木)9時45分から12時15分まで(障害者通所系事業所)
質問事項	生活介護の〇〇について、～。
通信欄	

印刷用ページ

修正する 申し込み

4 入力したメールアドレス宛に受付確認のメールが届いたことを確認してください。

【留意事項】

※出席者1名につき1回の申込みをお願いします。

※当日は印刷用ページを印刷したものをお持ちください。印刷できなかった場合は、名刺など所属と氏名がわかるものをご持参ください。